

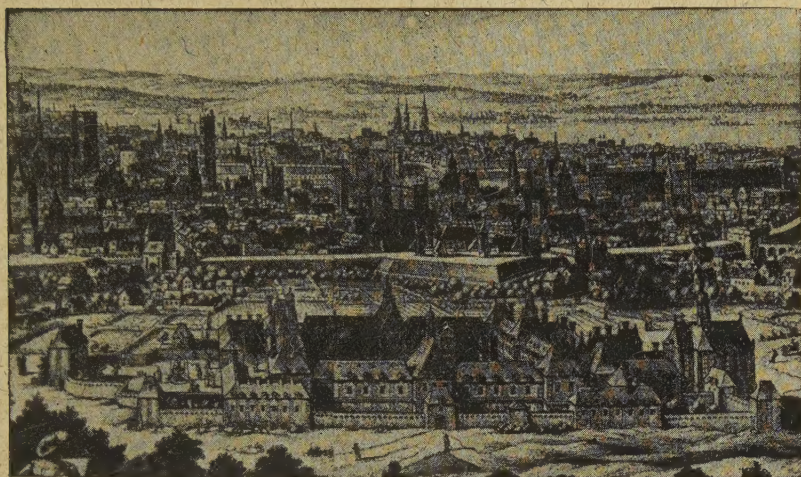
THÈSE
POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

48

PAR

Jean BESANÇON

Né à Hartennes-et-Taux (Aisne), le 14 mars 1886



Erythème nouveau et Tuberculose

« Il faut que tous les membres du corps humain soient chacun à par soy, pour la conservation de ce tout, duquel ils font parties, en devoir selon les offices et fonctions à quoy Nature les a produits... »

A. PARÉ

Dédicace à Henry III
(*Traité de Chirurgie.*)

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

—
1913

48

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1913 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE

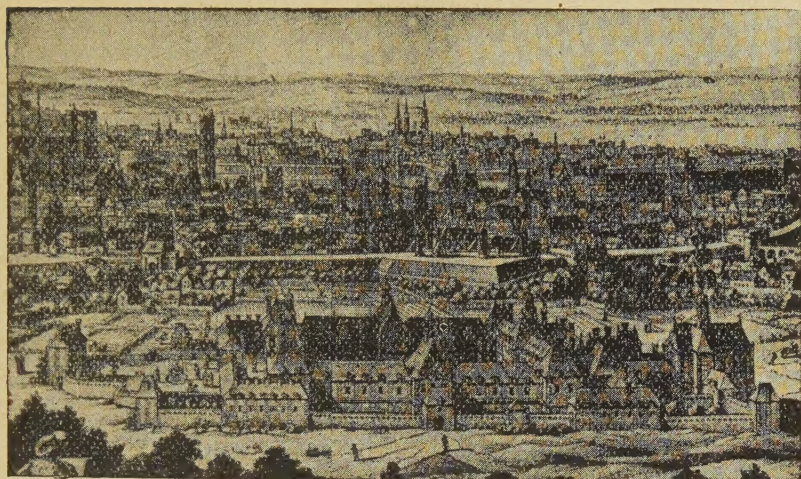
POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PAR

Jean BESANÇON

Né à Hartennes-et-Taux (Aisne), le 14 mars 1886



Erythème noueux et Tuberculose

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

« Il faut que tous les membres du corps humain soient chacun à par soy, pour la conservation de ce tout, duquel ils font parties, en devoir selon les offices et fonctions à quoy Nature les a produits... »

A. PARÉ

Dédicace à Henry III
(*Traité de Chirurgie.*)

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIbIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MES CHERS FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES AMIS

AUX PETITS MALADES

QUI ONT SERVI AU SUJET DE CETTE THÈSE

A MES MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES LEROUX

Médecin-chef du Dispensaire Furtado-Heine
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL LABBÉ

Médecin-adjoint du Dispensaire Furtado-Heine

Qui ont bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

Qui nous ont fait beaucoup profiter de leur enseignement varié et solide.

Qui nous ont donné en maintes circonstances des marques de bienveillance.

Nous sommes heureux de pouvoir leur exprimer ici notre gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées

et syphilitiques à la Faculté

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

Erythème noueux et Tuberculose

HISTORIQUE ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La notion de l'érythème noueux est ancienne : elle remonte à HIPPOCRATE.

Mais c'est WILLAN qui, le premier, a décrit cliniquement cette dermatose, sous le nom de dermatite contusiforme.

Depuis WILLAN l'érythème noueux a été longtemps rangé parmi les érythèmes polymorphes de HÉBRA.

Plus tard, TROUSSEAU en fait une fièvre éruptive.

Pour BOUILLAUD et BAZIN il a une origine rhumatismale.

Récemment MM. LANDOUZY, UFFELMANN, DOR et PONS, HILDEBRANDT (1907) ont mis en valeur les rapports qui existent entre l'érythème noueux et la tuberculose.

MM. CHAUFFARD et TROISER constatent en 1909 le caractère nodulaire de la réaction à la tuberculine dans l'érythème noueux, et reproduisent expérimen-

talement l'érythème noueux par injection intradermique de tuberculine.

Mais la même année MM. THIBIERGE et GASTINEL reproduisent aussi les lésions élémentaires de plusieurs dermatoses par l'injection intradermique non seulement de tuberculine, mais encore de divers sérums.

Dès lors la spécificité de l'intra-dermo-réaction tuberculinique est mise en doute, et cette recherche est dépouillée de toute valeur, dans les dermatoses.

En 1909, M. CARNOT fait remarquer, à propos de l'érythème noueux, la différence de prédisposition ou d'immunité que présentent chez un même sujet les divers territoires cutanés.

La même année, les recherches de MM. THIBIERGE et GASTINEL sont reprises par MM. CHAUFFARD et TROISIER, puis par MM. BARBIER et LIAN, qui ne peuvent pas reproduire comme les premiers expérimentateurs les éléments constitutifs des dermatoses, par l'injection de tuberculine et de sérums.

Enfin, en 1910, M. MALLEIN, dans sa thèse, émet cette opinion : « La conclusion provisoire que nous pouvons formuler ici, c'est qu'actuellement nous n'avons en tous cas aucunement le droit d'affirmer la nature tuberculeuse de l'érythème noueux.

« Celui-ci nous apparaît plutôt et plus souvent comme la conséquence d'une infection banale coïncidant plus particulièrement avec la blennorrhagie, la syphilis, la fièvre typhoïde, la tuberculose, pour ne

citer que les cas les plus fréquents, sans que nous puissions dans aucun cas affirmer l'identité de nature de l'érythème et de l'infection concomitante. »

D'après cette opinion récente, l'érythème noueux n'a aucune spécificité et ne serait qu'une infection banale au cours de diverses maladies.

Cependant, pour certains auteurs, il y a des rapports entre la tuberculose et l'érythème noueux (MM. LANDOUZY, CHAUFFARD et TROISIER, BARBIER et LIAN, SERGENT, TRÉMOLIÈRES), et la manifestation d'un érythème noueux chez un enfant pourrait être un indice de tuberculisation.

Nous avons eu l'occasion de voir et d'étudier un certain nombre d'érythèmes noueux. D'autre part, nous employons journellement l'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez les enfants. Frappé de la haute valeur sémiologique, pronostique et curative de la tuberculine en général, nous l'avons employée dans l'étude comparative de l'érythème noueux et d'autres dermatoses infantiles.

Nous avons repris en partie les expériences de MM. THIBIERGE et GASTINEL, et nous sommes parvenu à établir que la tuberculine possède des caractères de spécificité tout à fait probants dans l'érythème noueux et que ces caractères, dans les dermatoses étudiées comparativement, gardent leur spécificité tuberculeuse.

Avant de terminer ces considérations générales, nous voulons insister sur plusieurs caractères de l'érythème noueux :

a) Il est plus rare en été et en hiver qu'en automne et au printemps ;

b) Il n'a jamais été signalé sur le tronc ; l'éruption siège essentiellement sur les membres, le visage et même l'œil (obs. de M. CANTONNET) ;

c) On le rencontre plus fréquemment chez la jeune fille que chez le jeune garçon ;

d) Il se manifeste presque exclusivement dans l'enfance ;

e) Il se distingue nettement de l'érythème polymorphe, car nous n'avons vu en un an qu'un cas d'érythème polymorphe pour dix d'érythème noueux ;

f) Nous ne voyons qu'une différence de degré, d'intensité et de durée, entre l'érythème noueux et l'érythème induré de BAZIN.

Nous allons essayer de montrer maintenant que la réaction à la tuberculine conserve ses caractères de spécificité dans les dermatoses, et qu'elle a avec l'érythème noueux en particulier des rapports étroits.

Nous commencerons par quelques objections aux recherches de MM. THIBIERGE et GASTINEL. Puis nous exposerons les résultats que nous avons obtenus.

Nous critiquerons ensuite ces résultats et comparerons l'action de la tuberculine à celle de la toxine typhique, à celle de la luétine-réaction de Noguchi qui sont de même nature et donnent des résultats identiques, spécifiques eux aussi.

Nous avons employé pour nos recherches la

tuberculine fournie par L'INSTITUT PASTEUR au 1/5000 et suivant la méthode de MANTOUX.

L'injection a été dosée approximativement, et de la même façon pour tous nos malades ; suivant la résistance de leur derme, la goutte a formé une boule d'œdème de la grosseur d'une lentille environ, ronde ou étalée.

CHAPITRE PREMIER

LA TUBERCULINE CONSERVE SES CARACTÈRES DE SPÉCIFICITÉ DANS LES DERMATOSES. — ELLE NE REPRODUIT PAS LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DES DERMATOSES ; ELLE NE REPRODUIT QUE LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX.

1^o Objections aux recherches

de MM. THIBIERGE et GASTINEL

MM. THIBIERGE et GASTINEL n'attachent aucune importance au caractère nodulaire constaté par MM. CHAUFFARD et TROISIER dans l'érythème noueux avec la tuberculine. Ils prétendent que ce caractère n'a rien de spécial, n'a aucune signification, puisque dans les dermatoses qu'ils ont étudiées à ce sujet, l'élément primitif a pu être reproduit non seulement avec la tuberculine, mais encore avec divers sérums et ils concluent : « L'occasion nous a manqué jusqu'ici pour faire des recherches identiques de contrôle dans l'érythème noueux. Elles sont nécessaires à l'avenir pour pouvoir conclure à sa nature tuberculeuse dans un cas donné ; nous

pensons en effet, comme A. CHAUFFARD et J. TROISIER, que l'étiologie de cette dermatose ou, pour mieux dire, que l'étiologie des réactions cutanées à l'érythème noueux « est une question d'espèces ; » chaque cas particulier doit être étudié en lui-même, abstraction faite de toute présomption » théorique. »

Nous objectons : a) MM. THIBIERGE et GASTINEL tirent pour l'érythème noueux qu'ils n'ont pas étudié (un seul cas, insuffisant, avec intra-dermo-réaction négative) des conclusions qui ne peuvent s'appliquer qu'aux dermatoses seules, dans lesquelles ils ont expérimenté ; b) il n'est pas dit dans leurs observations si la même seringue a servi à faire les diverses injections, ou si on a employé des seringues différentes, car une injection d'eau salée avec une seringue ayant servi à une injection de tuberculine donne une réaction positive ; c) les résultats obtenus par MM. THIBIERGE et GASTINEL n'ont pu être reproduits ni par MM. CHAUFFARD et TROISIER, ni par MM. BARBIER et LIAN, ni par nous-même. Jamais nous-même n'avons pu reproduire avec la tuberculine et l'eau salée, dans les conditions voulues, les éléments primitifs de l'urticaire, du zona, de l'impétigo, de l'eczéma ; d) comme l'ont fait remarquer MM. CHAUFFARD et TROISIER, l'action des divers sérums antitétanique, antidiphtérique, employés par MM. THIBIERGE et GASTINEL ne saurait être comparée à celle de la tuberculine, puisque ces produits ne sont pas de même nature.

Or, MM. CHAUFFARD et TROISIER ont employé la toxine typhique, comparativement avec la tuberculine, et le résultat dans l'érythème noueux a été négatif avec la toxine typhique et positif avec la tuberculine.

2° Dans les diverses dermatoses autres que l'érythème noueux, la tuberculine en injection intradermique ne reproduit pas les éléments primitifs de ces dermatoses, mais conserve ses caractères spécifiques.

Dans diverses dermatoses que nous avons étudiées, nous avons obtenu les résultats suivants. Des piqûres ont été faites avec de la tuberculine et de l'eau salée comparativement : a) dans la région affectée par l'éruption ; b) dans une région indemne.

Remarque. — Nous n'avons pas tardé à abandonner l'injection de contrôle avec l'eau salée : 1° parce qu'elle était constamment négative ; 2° parce qu'elle était douloureuse, plus douloureuse que celle de tuberculine et faisait crier les enfants (nous avons employé des seringues et des aiguilles différentes, pour l'eau salée et la tuberculine).

a) *Impétigo.* — Dans 13 cas d'impétigo à des âges variés entre trois et dix ans, l'I. D. R. à la tuberculine a été huit fois positive et cinq fois négative. Eau salée = réaction négative. Quand elle était positive,

elle présentait l'aspect papuleux spécifique et ne reproduisait nullement le caractère de l'impétigo (dans la région affectée par la dermatose).

b) *Eczéma*. — Dans 8 cas d'*eczéma* à la période congestive, avant la formation des squames, l'I. D. R. à la tuberculine a été *cinq fois positive* et *trois fois négative*. Eau salée = réaction négative. Quand elle était positive, elle présentait son aspect papuleux spécifique et ne reproduisait nullement le caractère de l'élément de l'*eczéma*.

c) *Zona*. — Dans 2 cas de *zona* au début, l'I. D. R. à la tuberculine a été *négative* deux fois. Nous avons fait des piqûres du côté de l'éruption, et de l'autre côté symétriquement, et sur le bras gauche.

Cependant sur le bras gauche d'un de nos enfants l'I. D. R. a été positive.

Il s'agit d'enfants de six et quatorze ans, présentant l'un un *zona* thoracique, du quatrième nerf intercostal gauche, l'autre un *zona* thoraco-abdominal gauche.

d) *Urticaire*. — Dans 7 cas d'*urticaire* à des âges variants de un à sept ans, l'I. D. R. à la tuberculine a été *deux fois positive* et *cinq fois négative*.

Quand elle était positive; la réaction tuberculinique présentait son aspect papuleux rose vif ordinaire, et ne reproduisait nullement l'élément primitif de l'*urticaire*.

e) *Érythème fessier*. — Dans 6 cas d'*érythème*

fessier intense chez des nourrissons, l'I.D.R. à la tuberculine a été une seule fois positive. Ce résultat n'était positif que sur les confins de la fesse affectée par l'éruption. Au bras, l'I.D.R. fut négative.

L'intro-derma-réaction refaite huit jours après fut trouvée négative,

f) *Syphilis*. — Dans un cas de syphilides nodulaires affectant la répartition et l'aspect de l'érythème noueux, mais de couleur cuivrée caractéristique, nous avons fait plusieurs I.D.R. à la tuberculine dans le territoire affecté (les jambes), et une I.D.R. au bras gauche. Les résultats furent partout fortement positifs, aux jambes comme au bras, mais aux jambes la réaction à la tuberculine contrastait nettement par sa couleur *rouge vif* avec la *couleur cuivrée* du nodule syphilitique. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, qui ignorait de bonne foi sa maladie et se trouvait dans un parfait état de santé. Le Wassermann que nous fîmes faire à l'Institut Pasteur fut positif. Il fut refait à l'hôpital Lourcine et fut encore positif.

g) *Purpura*. — Dans un cas de purpura chez un enfant de dix ans, présentant une hérédité tuberculeuse nette, l'I D.R. à la tuberculine fut positif dans le territoire de l'éruption et dans un territoire indemne. Cette observation curieuse mérite d'être rapportée :

OBSERVATION (personnelle). — Jeune garçon âgé de dix ans. Son père est bien portant. Mais sa mère a eu à vingt-deux

ans du rhumatisme articulaire aigu, une pleurésie à l'âge de trente quatre ans et tousse tous les hivers. La mère a eu onze grossesses : dont deux fausses couches consécutives avant le dernier enfant, et 7 enfants, tous morts, l'un à six ans, soigné à Berck pour coxalgie, les autres en bas âge, de bronchite et de méningite, la dernière enfin est morte ébouillantée sous les yeux de son frère de dix ans et de sa sœur de neuf ans.

L'enfant qui nous occupe est venu à terme. Il a eu la rougeole, la varicelle, la coqueluche, et la broncho-pneumonie dans sa première enfance. C'est un enfant pâle, blond, lymphatique et maigre. Sa mère l'amène parce qu'il présente depuis cinq jours une éruption de purpura généralisée, à éléments discrets sur le tronc, mais à éléments papuleux gros et arrondis comme des lentilles, sur les cuisses et les fesses. C'est sur les fesses que l'éruption est le plus intense. Elle revêt même la forme de petits nodules, couleur rouge vineux, à contours nets. Macules, papules et nodules ont les colorations ordinaires du purpura. Il n'y a pas eu d'hémorragies mais un épistaxis. Quelques douleurs rhumatoïdes surtout dans les jambes.

L'auscultation est négative. Mais les I.D.R, deux à chaque fesse, aux confins de l'éruption et deux à chaque bras, sont nettement positives. Aux bras, les réactions revêtent leur aspect ordinaire et banal de papules rouge vif. Mais, aux fesses, les réactions simulent à s'y méprendre les éléments du purpura.

Cette observation intéressante ne nous étonne pas, car M. GUGEROT, dans la thèse de son élève

G. MONNOT, a mis en valeur le purpura tuberculeux.

En effet, dans notre observation, nous relevons des antécédents nets de tuberculose, bien que l'auscultation soit négative.

On ne pourrait admettre, comme n'a pas manqué de le faire la mère, la pathogénie de la vive émotion ressentie par l'enfant à l'aspect de sa sœur ébouillantée. La pathogénie de l'émotion, dans ce cas, a la même valeur que celle du froid dans la production d'une pleurésie *a frigore*.

Cette observation de purpura clôt nos investigations sur les dermatoses autre que l'érythème noueux. Elle est aussi démonstrative que les cas précédents et prouve nettement, comme les résultats obtenus dans les autres dermatoses, que l'I.D.R. à la tuberculine a une grande valeur, et est spécifique de la tuberculose.

3° *Résultats obtenus par l'I.D.R.
dans l'érythème noueux et l'érythème induré de Bazin*

Nos investigations ont porté sur 19 cas tous recueillis au dispensaire FURTADO-HEINE dans les services de MM. les Drs CHARLES LEROUX et RAOUL LABBÉ. Onze observations sur ces 19 cas nous sont personnelles.

Nous remarquons de suite :

1° Que dans les 19 cas, l'I.D.R. a été *positive dix-neuf fois*.

2° La réaction n'a pas présenté le même aspect au bras ou dans un territoire indemne qu'à la jambe, sur les confins de l'érythème. Au bras, l'aspect est celui d'une réaction tuberculinique banale : papule rose vif ou rouge vif avec ou sans halo-inflammatoire. Aux confins de l'éruption, on obtient un nodule ou un placard, ou une tache indurée qui reproduisent typiquement les caractères de l'élément de l'éruption. Nous n'insisterons que sur les cas où il nous a été possible de faire des I.D.R. en série sur le territoire affecté par l'éruption et sur le territoire indemne. Malheureusement, nous n'avons pu traiter tous nos malades de la même façon : certains enfants timorés, rendus craintifs à la vue de l'aiguille se défendaient énergiquement ; d'autres nous ont échappé, d'autres n'ont pas voulu qu'on renouvelât l'expérience.

Cependant, nous avons obtenu des résultats curieux parfois difficiles à interpréter, mais prouvant toujours la spécificité tuberculeuse de l'I.D.R. et sa grande valeur.

OBSERVATION I. — *Érythème noueux*. — Fille de dix ans. Parents bien portants. Cinq enfants dont un mort d'abcès au cerveau. ÉRYTHÈME NOUEUX du 21 avril 1911 au 9 mai 1911. I.D.R. au bras : *positive* (9-V-11). A la radioscopie, adénopathie trachéo-bronchique. Pas de récive.

OBSERVATION II. — *Érythème noueux*. — Fille de dix ans. Père asthmatique. Deux frères morts en bas âge de méningite et de croup. Cinq frères et sœurs bien portants. Scarlatine en 1909. Fait en décembre 1911 une poussée d'ÉRYTHÈME

NOUEUX. Ne tousse pas. Enfant chétive, maigre et pâle. I.D.R. le 15 janvier 1912 : *positive*.

A la radioscopie : adénopathie trachéo-bronchique. Pas de récurrence.

OBSERVATION III. — *Érythème noueux*. — Garçon de quatorze ans et demi. Parents bien portants. Dix enfants dont trois morts (un du croup et deux mort nés). Bronchopneumonie à quatre ans. Rhumatisme articulaire aigu en 1909. ÉRYTHÈME NOUEUX depuis trois semaines (30 janvier 1912) I.D.R. au bras : *positive* (le 30 janvier 1912). Une sœur a fait du purpura.

A la radioscopie, adénopathie trachéo-bronchique. Pas de récurrence.

OBSERVATION IV. — *Érythème induré*. — Enfant de quatre ans et demi (fille). Cinq enfants vivants, pas de fausse couche. Née à terme. Elevée au biberon, croup et varicelle. En 1911, bronchite légère pendant trois semaines. Le 5 mars 1912 ÉRYTHÈME INDURÉ très étendu, symétrique, des deux cuisses. I.D.R. *positive*. A la radioscopie, adénopathie trachéo bronchique. Pas de récurrence.

OBSERVATION V. — *Érythème induré*. — Garçon de quatorze ans. Parents bien portants. Quatre enfants dont un mort à neuf mois. Croup à trois ans. Chétif jusqu'à sept ans. ÉRYTHÈME INDURÉ datant de dix jours (24 avril 1912). Il s'agit de taches violacées légèrement indurées, localisées aux jambes et aux bras. En même temps, douleurs rhumatoïdes, fièvre à 38 degrés tous les soirs depuis le début de l'érythème et tuméfaction du coude droit, douloureuse à l'occasion des mouvements. Enfant grand, pâle, maigre, à la poitrine étri-

quée. I. D. R. : *positive*. A la radioscopie, adénopathie trachéo-bronchique. Pas de récurrence. Les taches ont disparu sans passer par les colorations de l'ecchymose.

OBSERVATION VI. — *Érythème nouveau*. — Fille de quatre ans. Père a eu une congestion pulmonaire il y a cinq ans. Hémoptysie : crache du sang pur. Enfant née à terme. Nourrie au sein vingt trois mois, jamais de maladies. Il y a six semaines (en mars 1912), a fait successivement : rougeole, varicelle et bronchite légère.

Depuis quinze jours, fatigue et fièvre, puis le 14 avril 1912, poussée brusque d'ÉRYTHÈME NOUVEUX sur les jambes, avec fièvre, mais sans troubles digestifs, ni bronchite. Le premier jour seulement elle a peine à marcher et se plaint des jambes.

18 avril 1912. — Le Dr Labbé constate au lieu d'élection un érythème nouveau typique siégeant sur les jambes, du cou-de-pied au genou, avec gonflement des téguments, rougeur diffuse autour des noyaux et rougeur vive et intense sur les noyaux.

I. D. R. = *positive* (au bras) (18 avril 1912).

Radioscopie : transparence complète, pas de récurrence.

OBSERVATION VII. — *Érythème nouveau* — Fille de cinq ans. Pas d'antécédents. Parents bien portants, pas de fausse couche. Venue à sept mois : prématurée. Ni coqueluche, ni rougeole, ni bronchite. Ne tousse pas. bon appétit, mais aspect adénoïdien. Opérée des végétations adénoïdes. Amygdalite. ÉRYTHÈME NOUVEUX bilatéral localisé à la face antérieure des jambes.

I. D. R. = *positive* (au bras). Pas de récurrence.

Radioscopie : adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION VIII. — *Érythème noueux*. — Fille de trois ans. Pas d'antécédents. Poussée d'ÉRYTHÈME NOUEUX le 4 décembre 1912. Enfant assez bien développée. Bronchite légère. Souffle bronchique expiratoire interscapulaire. Adénopathie trachéo-bronchique.

I. D. R. = *positive*.

Radioscopie: gros ganglions du côté droit, pas de récurrence.

OBSERVATION IX (Personnelle). — *Érythème noueux*. — Fille de onze ans. Grand'mère maternelle et tante maternelle mortes du diabète. Père diabétique. Mère rhumatisante, neuf enfants dont huit vivants et bien portants. Une seule morte à six mois de diarrhée infantile. La malade qui nous occupe a fait une rougeole à trois ans. Le 20 novembre 1912, poussée d'ÉRYTHÈME NOUEUX sur les jambes, les mains et d'une façon intermittente et fugace sur le visage. En même temps, douleurs articulaires. Les nodosités ont passé par toutes les colorations de l'ecchymose et ont duré un mois. Le 7 janvier 1913 I. D. R. = *positive forte*. Pas de récurrence. Enfant bien portante, forte, sans autres signes à l'auscultation que ceux d'une adénopathie trachéo-bronchique.

A la radioscopie: masse ganglionnaire volumineuse à gauche, chaînes ganglionnaires assez développées et remontant assez haut à droite.

OBSERVATION X (Personnelle). — *Érythème induré*. — Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans et demi, belle, grande et bien développée. Ses antécédents sont particulièrement chargés. Son grand-père paternel est mort à soixante et un ans d'artério-sclérose. Sa grand'mère paternelle est rhumatisante; son grand-père maternel a soixante-quatorze ans et

est bien portant, mais la grand'mère maternelle est morte à quarante ans de rhumatisme articulaire aigu. Le père, âgé de trente-huit ans, est robuste, bien portant, tousse un peu, sujet à la névralgie intercostale, a eu la fièvre typhoïde il y a deux ans. La mère est morte il y a deux ans de fièvre typhoïde (à trente-cinq ans). Une tante maternelle morte à seize ans de fièvre typhoïde. Il y avait deux enfants. Une sœur est morte à seize ans de fièvre typhoïde (abcès appendiculaire), c'est la même épidémie de fièvre typhoïde qui a causé ces décès. Quant à elle, elle est venue à terme. Rougeole à deux ans et demi. Coqueluche à cinq ans. Scarlatine à onze ans. Fièvre typhoïde à douze ans. Chorée à quatorze ans (hémichorée gauche avec troubles de la parole qui a duré cinq mois).

Les règles apparues en octobre sont régulières depuis janvier.

15 février 1913. — La malade fait une poussée d'ÉRYTHÈME INDURÉ à la face antéro externe et postérieure des jambes.

Ce sont des placards douloureux, larges, confluent par place, rouge violacé. Rien aux bras, au tronc, au visage.

5 mars 1913. — Jour de la visite, nous pratiquons une première série d'injections à la tuberculine. Deux à chaque jambe, sur les confins de l'éruption, et sur les parties saines de l'éruption, Deux à chaque bras (dans des territoires indemnes).

7 mars 1913. — Réactions nodulaires intenses aux jambes, simulant à s'y méprendre les éléments éruptifs. Aux bras, réactions papuleuses ordinaires, moins intenses qu'aux jambes. Aux jambes, la coloration est violacée, aux bras elle est rouge vif.

18 mars. — Deuxième série d'I. D. R. comme précédemment. Réactions intenses et analogues à celles de la première série.

22 mars. — Quatre jours après nos piqûres apparaît aux pieds, à la face interne et à la plante du pied, une nouvelle poussée d'érythème assez discrète. Les éléments forment de petites taches de la largeur d'une pièce de 50 centimes. En même temps, l'articulation tibio-tarsienne gauche est tuméfiée et légèrement douloureuse.

27 mars. — Diminution notable de l'érythème. On pratique une troisième série d'I. D. R. qui donne des réactions peu intenses.

L'auscultation est négative. La radioscopie montre des poumons normaux avec petits ganglions médiastinaux.

7 avril. — L'érythème qui s'était notablement atténué a réapparu d'une façon nette. Quatrième série d'I. D. R. = réactions intenses.

22 avril. — Persistance de l'érythème et des réactions à la tuberculine.

29 avril. — Diminution de poids inexplicable ; cependant l'appétit est bon et la malade mange bien. Elle pèse 46 kgr. 200 au lieu de 47 kgr. 700 à son entrée.

6 mai. — Atténuation considérable de l'érythème. Cinquième série d'I. D. R. = réactions faibles.

Apparition de chorée légère. On donne de la liqueur de Boudin.

20 mai. — Le traitement arsenical continué quinze jours, n'a pas amélioré la chorée. Cette chorée est légère.

21 mai. — La malade est présentée au D^r ANDRÉ THOMAS, médecin de l'hôpital SAINT-JOSEPH, qui constate la chorée et trouve à l'auscultation de très légers signes stéthocoustiques. En avant, à droite, submatité et augmentation des vibrations. Diminution du murmure vésiculaire. Ces signes, quoique légers, sont nets et n'avaient pas été constatés antérieurement.

10 juin. — Le poids baisse, l'appétit diminue, l'enfant est molle et fatiguée. On commence des injections de cacodylate de soude.

24 juin. — La malade a eu 10 piqûres de cacodylate de soude. Le poids a augmenté de 200 grammes. En avant, au sommet, respiration rude. Accentuation des signes pulmonaires. On pratique au sommet du poumon des pointes de feu.

1^{er} juillet. — Après une nouvelle série de cacodylate de soude, nous envoyons la malade à la campagne. L'érythème a presque disparu depuis deux mois, mais il reste encore quelques taches rouges.

9 septembre. — La malade est restée deux mois à la campagne. Elle est dans un très bon état de santé. Son poids est de 51 kgr. 800.

Il reste encore aux jambes des taches violacées, peu nettes.

Il n'y a plus de chorée ni de gonflement de l'articulation.

Auscultation: mêmes signes qu'antérieurement.

25 septembre. — I. D. R. = *positive faible au bras gauche, douteuse aux jambes* (réaction peu nette).

OBSERVATION XI (Personnelle). — *Érythème induré*. — Fille de deux ans et demi. Peu d'antécédents. Seul le grand-

père maternel, éthylique, est mort à quarante et un ans de tuberculose pulmonaire: . . .

Du premier lit (père mort à trente-six ans d'un kyste au foie: il était tuberculeux), six enfants morts, cinq en bas âge de méningite ou diarrhée infantile, un à dix-neuf ans de tuberculose (?) (six grossesses).

Du deuxième lit (père trente ans, serrurier, bien portant), deux enfants bien portants.

L'enfant qui nous occupe est venue à huit mois et demi (précoce). Nourrie au sein trois mois, puis régime mixte jusqu'à dix-neuf mois. Sevrée à dix-neuf mois. Coqueluche à six mois qui a duré dix mois. C'était une forte coqueluche. Pas de rougeole.

Jeudi 30 janvier 1913. — Éruption symétrique des deux jambes, d'ÉRYTHÈME INDURÉ, survenue assez brusquement. Ce sont des placards plutôt que des nodules, un peu confluent, peu intenses à la périphérie, mais très vifs au centre, pas de fièvre ni de douleurs articulaires, mais constipation, coliques et anorexie. Pertes blanches depuis décembre. Enfant pâle, anémique, micro-polyadénopathie généralisée. Pas d'éruption aux bras ni ailleurs.

11 février. — I. D. R. suivant notre méthode (1^{re} série). Les réactions sont intenses, papuleuses au bras, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, nodulaires aux jambes (de la largeur d'une pièce de 1 fr.). Les réactions sont plus intenses qu'aux bras.

19 février. — Deux I. D. R. (2^e série) à chaque bras, une à chaque flanc (région sous-costale), deux à chaque jambe. (Les réactions des piqûres précédentes n'ont pas encore disparu mais ont diminué d'aspect.)

Deux jours après, *réactions intenses*, aux bras et aux jambes, mais aux flancs, les réactions sont légères, peu nettes. L'érythème n'a pas changé d'aspect.

1^{er} mars. — L'éruption a complètement disparu.

Troisième série d'I. D. R., mais seulement aux bras et aux jambes. Deux jours après : *réaction positive* faible aux bras. Réaction *très légère* et *même douteuse* aux jambes. Pas de récurrence.

OBSERVATION XII (Personnelle). — *Érythème nouveau*. — Jeune garçon de vingt mois. Dans les antécédents, une grand'mère maternelle morte à quarante quatre ans de tuberculose pulmonaire après deux ans de maladie. Des six enfants qu'elle a eus, l'un est mort de méningite à trois mois, l'autre est mort-né (hydrocéphalie), le troisième a vécu neuf jours (spinabifida, myéloméningocèle). Les trois autres, dont la mère, sont vivants et bien portants. Mais la mère a eu la fièvre typhoïde avant son mariage (à quinze ans). Le père est bien portant.

L'enfant est venu à terme, après un accouchement normal (enfant unique). Il a été au sein jusqu'à treize mois. Bel enfant à la naissance. Bronchite de huit jours à six mois. Ni entérite, ni diarrhée verte dans la première enfance. Rougeole à dix-huit mois (durée douze jours sans complications). Première dent à neuf mois et demi. Premiers pas à treize mois.

C'est un bel enfant normalement développé, bien portant, qui fait le jeudi 3 avril une poussée d'ÉRYTHÈME NOUVEUX en même temps sur les deux jambes, symétrique. Les nodosités sont de la dimension d'une noisette. Ces éléments sont rouge vif, nullement violacé. Largeur : pièce de un franc. Pas de

douleurs articulaires. Les éléments seuls sont douloureux. Poussée fébrile les trois premiers jours avec anorexie, soif vive; pas de troubles digestifs, mais un état légèrement saburral. La durée des phénomènes généraux a été de quatre jours. Actuellement l'enfant a de l'appétit et n'est plus abattu.

Il a 12 dents: 8 incisives, 4 prémolaires et une canine gauche supérieure qui commence à poindre. La poussée de l'érythème a coïncidé avec la sortie assez douloureuse de la canine. Bronchite légère.

7 avril 1913. — I. D. R. suivant notre méthode (1^{re} série).

9 avril. — L'érythème est en voie de rétrocession. Les réactions à la tuberculine sont nettes, de moyenne intensité, plus vives aux jambes qu'aux bras (où il n'y avait pas d'éruption).

22 avril. — Disparition complète de l'érythème nouveau qui a passé par les diverses phases des ecchymoses.

29 avril. — A percé ses canines avant-hier. Bronchite légère et réapparition de l'érythème.

13 mai. — A rendu un ascaride avant-hier.

15 juillet. — Sur notre conseil, parce qu'il diminuait de poids, est allé à la campagne, a augmenté de poids (13 kgr.300 au lieu de 12 kgr. 700 au départ). Plus rien aux jambes.

Deuxième série d'I. D. R., et le 18, réactions peu vives au point de vue coloration qui est presque nulle, mais au toucher, *petits nodules*. De plus, ces I. D. R. ont amené la reviviscence partielle de l'érythème, sous forme de taches seulement, rosées, sans infiltration.

18 juillet. — Troisième série d'I. D. R. : Positives assez légèrement. Mais les réactions ont été locales et générales

(fièvre, soif, agitation, insomnie). Les taches d'érythème réapparues persistent légèrement.

29 juillet. — Persistance des I. D. R. et des taches d'érythème noueux.

5 août. — Grosses amygdales et végétations adénoïdes, bronchite gauche.

9 septembre. — Opéré des amygdales il y a quinze jours. Tousse depuis et transpire beaucoup.

A la radioscopie, on a trouvé des ganglions assez étendus, mais peu denses.

L'érythème noueux a récidivé.

OBSERVATION XIII (personnelle). — *Érythème noueux*. — Jeune fille de douze ans et demi. Pas d'antécédents. Elle a encore ses quatre grands-parents très bien portants. Son père a trente-neuf ans, sobre, ne tousse pas. Sa mère a trente-trois ans et est bien portante. A part un oncle mort de la rage à sept ans par accident, ses oncles et tantes sont tous vivants et bien portants. Frères et sœurs bien portants. Venue à terme. Nourrie au sein jusqu'à dix-sept mois. Jamais malade. Enfant bien développée mais très nerveuse et émotive.

25 avril 1913. — Le mardi 15 elle avait mal à une jambe, assez brusquement; elle regarda et vit une rougeur. Le lendemain, l'autre jambe fut prise à son tour, et peu à peu apparurent des nodules au toucher. En même temps, un peu de céphalée avec fièvre légère, anorexie et fatigue. Nous constatons un ÉRYTHÈME NOUEUX typique des jambes, en plein développement. Rien aux bras ni au tronc, ni au visage.

La malade se met à pleurer, à crier et à s'enfuir quand on parle de lui faire des piqûres.

28 avril. — La malade revient et consent à se laisser faire des piqûres, mais en se défendant vivement. On pratique des injections, suivant notre méthode, aux bras et aux jambes. Deux jours après (30 avril), les réactions aux jambes ont l'aspect typique des nodules d'érythème noueux, elles sont particulièrement intenses et présentent un halo rouge autour du nodule à contours diffus, gros comme un pois. Au bras, la réaction est banale : papule rouge vif, *assez intense*, mais beaucoup moins vive qu'aux jambes. L'érythème noueux est très accentué.

Jeudi 8 mai 1913. — L'érythème noueux a complètement disparu après avoir passé par toutes les phases des ecchymoses, et en s'atténuant peu à peu.

Il a été impossible de faire des I.D.R. en série à cause de l'émotivité de la petite malade qui n'a plus voulu se laisser piquer. Rien aux poumons. Pas de récidence.

OBSERVATION XIV (personnelle). — *Érythème induré*. — Jeune fille de treize ans et demi. Son grand-père paternel est mort à quatre-vingt-quinze ans. Sa grand-mère paternelle est morte aussi très âgée. Elle a encore ses grands-parents maternels en très bonne santé.

Son père a une hémiplegie droite (trente-deux ans) survenue à la suite d'une blessure à la caserne.

Sa mère est bien portante, quatre enfants bien portants. Mais le dernier a eu des abcès froids, guéris.

Notre malade est venue à terme. Élevée au sein. Elle a eu une méningite il y a trois ans (à dix ans et demi). Elle a été trois semaines malade. Nouvelle atteinte de méningite avec ictère à douze ans (un mois malade).

Réglée depuis un mois (1^{er} avril). Trois jours après les règles, fièvre, anorexie, pas de troubles gastro-intestinaux. Fatigue dans les jambes et courbature. Puis éruption symétrique d'ÉRYTHÈME INDURÉ sur les deux jambes en même temps, accentuée surtout sur la jambe gauche où il y avait des placards rouge vif, qui sont devenus violacés. L'éruption siège tout autour de la jambe, elle est intense et s'accompagne d'un gonflement prononcé des téguments qui s'accroît par la marche et la station debout et diminue par le repos.

Pas de douleurs rhumatoïdes ou articulaires. Simple fatigue et prurit. Les placards seuls sont douloureux.

Sur la main droite, face dorsale, en face du quatrième espace métacarpien, un placard isolé d'érythème. Sur la face postérieure des bras, éruption discrète, mais nette.

14 mai 1913. — *Première série d'I.D.R.* aux bras et aux jambes : au bras, dans des régions indemnes, aux jambes dans les parties saines qui sont entourées de placards confluents.

16 mai. — *Réactions très intenses* aux jambes où l'éruption est confluyente et vive, réactions peu intenses aux bras où l'éruption est discrète. Aux jambes, aspect de gros nodules dépassant les dimensions d'un gros pois. Aux bras, petites papules banales. Rien aux poumons.

La malade n'est pas revenue.

OBSERVATION XV (personnelle). — *Érythème noueux*. — Jeune fille de douze ans. Ses grands-parents paternels sont morts à soixante-douze et soixante-quatorze ans. Son grand-père maternel est mort de tuberculose pulmonaire après deux ans de maladie à quarante et un ans. Une sœur de ce grand-père est morte aussi de tuberculose pulmonaire.

Grand'mère maternelle morte d'hémorragie cérébrale à soixante-cinq ans avec paralysie.

Père quarante-cinq ans, bien portant, sobre. Mère quarante-sept ans, bien portante, mais congestion pulmonaire à cinq ans.

Trois oncles et une tante maternels vivants et bien portants (deux morts en bas âge à trois et quinze jours). Trois tantes paternelles bien portantes.

Sept enfants : les deux aînés sont morts (le premier, prématuré de sept mois est mort à huit jours ; le second, prématuré de huit mois est mort à quatre jours). Les autres sont venus à terme, sont bien portants, sauf la troisième (l'aînée de ceux qui restent), qui tousse tous les hivers et a été soignée à notre dispensaire antituberculeux.

L'enfant qui nous occupe est venue à terme. A été nourrie au sein quatre mois. A eu, à trois ans, une coqueluche très forte qui a duré six mois. La rougeole, à quatre ans, pendant quinze jours, la scarlatine à onze ans et demi. Elle a été à Andaye le 29 octobre 1912 pour anémie et maigreur et elle en est revenue le 19 avril 1913. N'a jamais eu de bronchite.

23 mai 1913. — Depuis huit jours, elle se plaint de maux de tête, elle a un peu de fièvre le soir, avec courbature. Elle a eu quelques vomissements, de l'anorexie. Depuis trois jours, une éruption est apparue sur les jambes. Ce sont des placards rouge violacé d'érythème noueux siégeant sur la face antéro-interne et antéro-externe des jambes. Cette éruption est symétrique mais prédomine à droite. Elle est discrète. Il y a en même temps de la diarrhée légère. Rien aux bras et au tronc.

23 mai. — Première série d'I. D. R. aux bras et aux jambes. Deux jours après ; aux jambes : taches violacées,

peu infiltrées, peu nettes, aux bras : réactions papuleuses très légères.

6 juin. — *Deuxième série d'I. D. R.* Disparition presque complète de l'érythème qui a passé par les phases de colorations de l'ecchymose.

Deuxième série d'I. D. R. au bras gauche et aux jambes.

Lundi 9 juin. — *I. D. R.* : *négative* aux jambes, *positive*, *douteuse* (après friction) au bras gauche. Pas de récurrence.

OBSERVATION XVI (personnelle). — *Érythème induré.* — Petite fille de six ans. Grands-parents paternels morts à quarante-six et quarante-huit ans de tuberculose pulmonaire. Le père a eu du rhumatisme articulaire aigu. Du côté maternel, grand-père mort de maladie de foie. La mère a eu une broncho-pneumonie et une fièvre typhoïde avant la naissance de son enfant.

La jeune enfant est venue à terme. Elle a eu une bronchite à quatorze mois, une rougeole ensuite. Elle tousse facilement. Elle est amenée par sa mère (23 avril 1912) parce qu'elle présente depuis quelques jours sur la face antérieure de la jambe gauche une tuméfaction rouge vif presque indolore, de l'étendue de la paume de la main, présentant à la palpation une induration nette et étendue. Ce phénomène se présente tantôt sur la jambe droite, tantôt sur la gauche, surtout à l'occasion de la station debout, de la fatigue, et s'accompagne d'un peu de fièvre.

L'état général est satisfaisant, rien à l'auscultation. A la radioscopie, gros ganglions à droite.

23 avril 1912. — *I. D. R.* au bras gauche seulement (à l'insertion deltoïdienne). Deux jours après *I. D. R.* = *positive + forte*.

7 mai. — Plaque d'ÉRYTHÈME INDURÉ sur la jambe droite.

28 mai. — Nouvelle poussée aux deux jambes.

11 juin. — Brusquement, le 6 juin, il se manifeste des douleurs dans les deux jambes, les pieds, les cuisses, avec fièvre, inappétence (mais pas de vomissements) pas de constipation, névralgie intercostale droite. Simultanément apparaissent plusieurs éléments banaux rouges, indurés, d'ÉRYTHÈME INDURÉ, à la partie antérieure des deux jambes et des deux genoux. Rien à l'auscultation.

18 juin. — Les poussées d'érythème sont fréquentes sur les jambes, presque quotidiennes, avec douleur quand on y touche, mais ne gênant pas la marche. Durée : quelques heures après le réveil, puis disparition spontanée l'après-midi.

En même temps, chorée légère depuis janvier 1912.

24 juin 1913. — La malade nous a quittés pendant presque une année. Elle est allée à la campagne, puis à Hendaye. Son érythème induré a apparu, puis disparu plusieurs fois pendant son absence. Depuis un mois, il a des tendances à apparaître, mais il est fugace. Actuellement, un gros élément à la face antéro-interne du genou droit, rose vif le matin, rosé dans la journée, de la dimension d'une pièce de 2 francs, un peu induré.

On pratique six intra-dermo-réactions à la tuberculine : une à chaque bras, une à chaque jambe, une sous chaque clavicule.

Deux jours après : *aux bras : réactions positives faibles, aux sommets du poumon : réactions positives douteuses* (positives après friction).

Aux jambes : réactions négatives.

Bon état général. Peu de choses à l'auscultation.

La radioscopie a montré de gros ganglions à droite.

OBSERVATION XVII (personnelle). — *Erythème noueux*. —
Jeune fille de douze ans.

Son grand-père paternel est mort brusquement à soixante-deux ans..

Sa grand'mère paternelle est vivante et bien portante ; elle a soixante ans.

Son grand-père maternel, bien portant, a eu du rhumatisme articulaire aigu à quatorze ans.

Sa grand'mère maternelle est morte brusquement à cinquante-trois ans.

Père : ulcère d'estomac (quarante ans). Mère, trente-quatre ans, bien portante. Deux enfants et deux fausses couches intercalaires de trois mois à trois et demie survenues sans causes apparentes : mais les parents n'avaient pas cessé les rapports.

Venue à terme, nourrie au sein jusqu'à dix-neuf mois.

Belle enfant jusqu'à cette époque. Rougeole normale et bénigne à quatre ans et demie. Coqueluche banale à sept ans.

Pas de bronchite. Ne tousse pas l'hiver.

28 juillet 1913. — Dans le début de juillet, fatigue, douleurs dans les jointures, les mollets, les cuisses.

Elle ne pouvait plus marcher. Elle se reposa et cessa d'aller en classe. Elle avait une fièvre légère, de l'inappétence, des crampes, puis apparurent au pied seulement des nodules rouge vif d'ÉRYTHÈME NOUEUX, douloureux, trois à quatre à chaque pied, sur le bord interne. Il y a une légère douleur aux bras, mais on ne voit rien. Les éléments du pied d'abord.

rouge vif sont devenus violacés et ont disparu assez rapidement, peu à peu, en restant violacés. Disparition complète en quinze jours, il y a déjà huit jours.

Actuellement, nous ne voyons plus rien.

Nous pratiquons trois injections de tuberculine le long du bord interne du pied droit et trois autres le long du bord externe du pied gauche et une injection à l'insertion deltoïdienne de chaque bras.

30 juillet. — Les réactions sont *négatives* aux pieds, *nettement positives* aux bras. Pas de récidence.

OBSERVATION XVIII (personnelle). — *Erythème noueux*. — Fille de neuf ans. Sans antécédents. Parents bien portants. Six enfants vivants et bien portants. Enfant maigre, pâle, lymphatique qui fait des poussées d'impétigo du cuir chevelu et de la face.

Il y a quinze jours (le 5 octobre 1913) elle a fait une poussée d'ÉRYTHÈME NOUEUX très intense sur les jambes, avec douleurs, fièvre, agitation, inappétence, cauchemars. Elle a dû garder le lit trois jours. Puis peu à peu sont apparues des taches violacées, très étendues, de la largeur d'une paume de main, confluentes et symétriques sur les faces antérieures des jambes. Peu à peu l'éruption a rétrocedé en passant par les phases de l'ecchymose et actuellement, il ne reste rien.

25 octobre 1913. — Aux jambes, à chaque région sous-claviculaire droite et gauche, et au bras gauche, *injection* de tuberculine.

Deux jours après, les réactions sont *négatives* sauf au bras gauche où la réaction est *positive douteuse*, positive après

friction de la peau. On fait une nouvelle I. D. R. au bras gauche.

29 octobre 1913. — *La réaction au bras gauche est douteuse*, positive faible après friction de la peau.

L'enfant va bien, ne manifeste aucun symptôme. Rien aux poumons. La radioscopie montre une transparence complète.

OBSERVATION XIX (personnelle). — *Erythème noueux*. — Enfant unique de huit ans (filie).

A ses quatre grands-parents bien portants. Ses parents sont bien portants. Enfant unique, pas de fausses couches, née à terme. Belle enfant à la naissance. Nourrie au sein huit jours, puis sevrée et mise en nourrice quinze mois.

Revenue de nourrice avec entérite. A marché à quatorze mois. Dentition normale. L'entérite revient par crises. La dernière crise a eu lieu à la campagne il y a trois semaines : jusqu'à 15 selles par jour avec peaux et glaires abondantes.

Rougeole légère à sept ans et demie. Bronchite tous les hivers depuis l'âge de cinq ans. Enfant grande, blonde, lymphatique, assez bien développée, mais maigre et pâle.

Opérée des amygdales et des végétations adénoïdes à deux reprises cette année.

Le 20 septembre dernier, elle dut garder le lit une journée ; elle avait de la fièvre, de la fatigue et de l'inappétence. Pas de troubles digestifs. Puis apparut sur les jambes et les genoux une éruption d'éléments énormes, d'*érythème noueux* comme la paume de la main. L'éruption procéda par poussées successives sur les jambes d'abord, puis sur les bras. Les éléments variaient de la dimension d'une pièce de 1 franc à une paume de main. Ils étaient rouge vif, apparaissant et disparaissant. Actuellement (2 octobre 1913),

sont en voie de disparition. De rouge vif, ils sont devenus violacés. Ils sont légèrement douloureux.

2 octobre 1913. — 2 I. D. R à chaque jambe et à chaque bras.

4 octobre. — Réactions peu intenses, papuleuses et rouge vif aux bras où il n'y a pas d'éruption, nodulaires et violacées aux jambes où l'éruption régresse.

Nous n'avons pas revu la malade.

Remarque. — De ces 19 observations, 13 concernent l'érythème noueux et 6 l'érythème induré. Nous répétons que nous ne voyons qu'une différence de degré, d'intensité et de durée entre ces deux érythèmes. En effet souvent, c'est seulement l'évolution qui permet de les distinguer. L'érythème induré de Bazin s'accompagne au début de phénomènes généraux moins marqués que l'érythème noueux. Son évolution est longue ; il y a rarement des douleurs articulaires ; il est surtout localisé aux membres inférieurs où il prend l'aspect de placards indurés assez grands, qui restent violacés et ne passent pas par les diverses colorations de l'ecchymose. Enfin, l'érythème induré de Bazin se rencontre chez des sujets plus manifestement tuberculeux et, au point de vue anatomie pathologique surtout, se différencie plus facilement parce qu'il présente des lésions tuberculeuses folliculaires.

Mais au point de vue clinique, à cause des formes de passage, ces deux érythèmes se rapprochent telle-

ment que nous n'hésitons pas à les réunir. L'I.D.R. à la tuberculine permet du reste ce rapprochement, car dans l'un et l'autre cas elle donne des résultats identiques.

L'étude de l'I. D. R. à la tuberculine dans les 19 cas d'érythème précédents, nous conduit à considérer les faits suivants :

1° *L'I.D.R. à la tuberculine est dix-neuf fois positive sur 19 cas ;*

2° La réaction diffère d'aspect dans la région de l'érythème et dans une région indemne : dans la région indemne on a la papule banale indicatrice de la tuberculose en général, dans la région de l'érythème, on a un nodule ;

3° *Les réactions vont en diminuant d'intensité, en s'atténuant comme l'érythème lui-même et, suivant l'âge de l'érythème. Tandis qu'au début elles sont très intenses, à la fin elles deviennent presque négatives et peuvent même être négatives.*

Du fait que l'I. D. R. à la tuberculine n'est pas constamment positive dans les diverses dermatoses, telles que l'impétigo, l'eczéma, le zona, l'urticaire, l'érythème fessier, nous concluons que le terrain sur lequel ces dermatoses évoluent n'est pas toujours tuberculisé.

Du fait que l'I. D. R. à la tuberculine dans les dermatoses où elle est positive : impétigo, eczéma, zona, urticaire, érythème fessier, syphilis, ne reproduit par les éléments constitutifs de ces dermatoses, et garde ses caractères de spécificité, nous concluons

que ces dermatoses ne sont pas de nature tuberculeuse.

Du fait que l'I.D.R. à la tuberculine est constamment positive dans l'érythème noueux, du moins à la période de début nous concluons que l'érythème noueux évolue toujours sur un terrain tuberculisé.

Du fait que l'I. D. R. à la tuberculine, dans l'érythème noueux reproduit d'une façon typique les éléments constitutifs de cette dermatose, nous concluons que cette dermatose est de nature tuberculeuse.



CHAPITRE II

L'ÉRYTHÈME NOUEUX EST-IL UNE DERMATOSE TUBERCULEUSE ?

1° *Faits opposés à la nature tuberculeuse de l'érythème noueux*

A. — On objecte que par la biopsie, par l'examen histologique et bactériologique, par l'inoculation au cobaye, on n'a jamais pu prouver la nature tuberculeuse de l'érythème noueux.

On peut répondre à cette objection :

a) Que les recherches de M. GOUGEROT ont montré qu'à côté des tuberculoses cutanées typiques ou folliculaires, il pouvait exister des tuberculoses cutanées atypiques, non folliculaires, où les lésions sont de structure inflammatoire banale, où les bacilles manquent à l'examen, où les injections au cobaye sont négatives et M. GOUGEROT conclut :

« Cette opposition entre ces deux groupes doit disparaître, tous les jours des faits nouveaux s'ajoutent, montrant qu'il faut élargir le cadre classique trop étroit de la tuberculose, qu'il existe d'autres lésions

bacillaires que le tubercule ou le follicule de SCHIEPPEL. »

b) Les lésions de l'érythème noueux peuvent être produites non par les bacilles eux-mêmes, mais par des décharges toxiques de ces bacilles.

B. — On objecte en second lieu que, en clinique, on voit souvent l'érythème noueux survenir au cours de maladies telles que la syphilis, la blennorrhagie, la fièvre typhoïde, etc.

On peut répondre à cette objection qu'il s'agit probablement, dans ces cas, d'associations microbiennes. Du reste, la typho-bacilliose en est un exemple frappant. Il existe des maladies tuberculisantes ou, pour mieux dire, la tuberculose se développe plus facilement dans les organismes affaiblis par une maladie antérieure (diphtérie, fièvre typhoïde, variole, etc.).

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on rencontre l'érythème noueux au cours d'autres maladies.

Au cours d'autres lésions tuberculeuses (pulmonaires ou méningitiques) l'érythème noueux indiquerait simplement l'intensité des décharges toxiques des microbes localisés aux poumons ou aux méninges. On ne peut expliquer autrement les cas de MM. HALLÉ, BAUMLER, KUHN, СЕММЕ, etc.

*2° Faits qui plaident en faveur de la nature
tuberculeuse de l'érythème noueux*

a) L'intra-dermo-réaction, toujours positive au

début d'un érythème noueux, prouve que cet érythème évolue *toujours* sur un terrain tuberculisé.

b) Le caractère de l'élément primitif de la dermatose, toujours reproduit par la tuberculine dans l'érythème noueux, jamais reproduit dans les autres éruptions cutanées, implique nécessairement une relation de cause à effet entre la tuberculine et l'élément d'érythème noueux.

c) *Mais surtout les variations des réactions tuberculiniques avec l'âge de l'affection prouvent la nature tuberculeuse de l'érythème noueux.*

En effet l'I.D.R. à la tuberculine *est très intense au début* de l'éruption, puis *s'atténue* peu à peu et *devient négative* ou presque négative, à la disparition de l'éruption.

Nous interprétons ce fait de la façon suivante : la décharge tuberculinique très intense du début provoque la formation d'une grande quantité d'anticorps. Et la formation de ces anticorps est inversement proportionnelle à l'intensité de l'érythème et des réactions tuberculiniques. Quand le territoire tuberculinique est saturé d'anticorps, l'érythème disparaît et la réaction devient faiblement positive ou négative.

Ce fait semble concorder avec celui des réactions négatives dans un processus tuberculeux aigu tel que la pleurésie, la méningite, etc.

Dans ces cas, en effet, l'organisme est saturé d'anticorps qui empêchent la réaction d'être positive.

De même dans la tuberculose pulmonaire à la troi-

sième période, l'organisme du tuberculeux se trouvant saturé d'anticorps, la réaction devient négative. Ces faits expliquent pourquoi une intra-dermo-réaction peut être positive dans un territoire cutané et négative dans un autre. C'est que l'immunité se développe localement.

Enfin la nature de ces faits semble éclairée par l'observation suivante :

OBSERVATION. — Un étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans, atteint, il y a deux ans, de tuberculose rénale gauche, est soigné avec succès depuis plusieurs mois, par des injections croissantes et massives de tuberculine. Ces injections sont pratiquées dans le bras, depuis le début du traitement.

8 octobre. — Le malade n'ayant personne pour lui faire son injection la pratique lui-même dans une autre région, à la cuisse : 0 gr 40 de tuberculine.

Cette dose, qui, normalement, n'amène qu'une réaction insignifiante injectée dans le bras, produit dans la cuisse une réaction locale et une réaction générale d'une violence extraordinaire. La cuisse est couverte deux jours après, d'un placard rouge vif allant du genou à l'aîne, induré, reposant sur une base tuméfiée et douloureuse. La température dépasse 40 degrés et le malade doit garder le lit plusieurs jours.

Cette observation prouve nettement que l'immunisation est d'abord locale, et qu'elle ne devient générale que secondairement. Elle prouve aussi

qu'une intra-dermo-réaction peut être positive dans un territoire et négative dans un autre.

La réaction négative indiquerait donc ; ou l'absence d'antigènes ou la saturation par les anticorps.

d) *La tuberculine a des caractères spécifiques comme la toxine typhique et la toxine de la luétine-réaction de NOGUCHI.*

MM. CHAUFFARD et TROISIER ont pu reproduire expérimentalement les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde chez des typhiques (Soc. de Biologie, 27 mars 1909). Il y a donc relation de cause à effet entre la toxine typhique expérimentale et les taches rosées lenticulaires.

Par contre, chez un malade atteint d'érythème noueux, « l'injection intradermique au bras, d'une dose relativement considérable de toxine typhique (III gouttes de la dilution obtenue en ajoutant VI gouttes d'eau salée à l'ampoule de Merk, dose qui déterminait une suffusion érythémateuse hémorragique du derme chez deux typhiques), ne déterminait qu'une très légère rougeur localisée à la peau, sans aucune réaction nodulaire. Ainsi donc notre malade réagissait différemment à l'action de deux toxines, substances relativement comparables entre elles ; avec la tuberculine on obtenait des nodules érythémateux, avec la toxine typhique on n'en obtenait pas ».

Il est donc logique d'admettre une relation de cause à effet entre une toxine et la lésion qu'elle simule. La toxine typhique reproduisant les taches rosées lenticulaires indique la nature typhique de

ces taches. La toxine tuberculeuse reproduisant les nodules de l'érythème noueux indique la nature tuberculeuse des nodules.

La luétine-réaction de NOGUCHI semble posséder, elle aussi, des caractères spécifiques comparables à ceux de la tuberculine. « La peau de la majorité des syphilitiques qui donnent une luétine-réaction typique ne réagit en aucune façon à des injections de contrôle dans lesquelles on n'a mis aucun extrait de tréponème. »

La luétine-réaction est, elle aussi, négative dans certains processus comme la paralysie générale, et chez des personnes qui présentent des accidents syphilitiques primaires ou secondaires.

Ce caractère ne nous étonne pas, puisqu'il en est de même dans certains processus de la tuberculose. Dans les 2 cas, la saturation de l'organisme par des anticorps empêche la réaction d'être positive.

En un mot, une réaction cutanée produite par une toxine quelconque est fonction de la formation d'anticorps. Quand les anticorps sont en quantité suffisante, la réaction s'éteint, disparaît.

Il semble qu'on puisse expliquer ainsi l'apparition et la disparition de certaines réactions à la tuberculine, les différences de réactions suivant les territoires cutanés, et dans l'érythème noueux, la marche curieuse de l'intra-dermo-réaction qui est fortement positive au début, puis s'atténue, puis devient négative ou presque négative.

Pour résumer, nous disons donc :

1° Dans diverses dermatoses autres que l'érythème noueux, *l'absence fréquente* de la réaction de la tuberculine et la *non reproduction* de l'élément constitutif de l'éruption indiquent :

a) Que la réaction à la tuberculine est spécifique de la tuberculose ;

b) Que les dermatoses où elle manque n'évoluent pas sur un terrain tuberculisé.

c) Que les dermatoses où elle est positive évoluent sur un terrain tuberculisé, mais ne sont pas de nature tuberculeuse ;

2° Dans l'érythème noueux, la *présence constante* de la réaction tuberculinique et la *reproduction typique et constante* de l'élément constitutif de l'éruption semblent indiquer :

a) Que l'érythème noueux se différencie des autres dermatoses ;

b) Que l'érythème noueux évolue toujours sur un terrain tuberculisé ;

c) Que l'érythème noueux est de nature tuberculeuse.

3° Dans l'érythème noueux, la réaction à la tuberculine dans le territoire lésé *est très forte au début, elle s'atténue peu à peu pour devenir négative ou presque négative*, alors qu'elle peut rester positive dans un territoire indemne. Ce fait semble indiquer :

a) Que l'éruption et la réaction à la tuberculine dans le territoire affecté par la dermatose, sont fonctions de la formation d'anticorps ;

b) Que l'intensité de l'éruption et de la réaction

tuberculinique est inversement proportionnelle au développement de ces anticorps ;

c) Que l'immunisation produite de la sorte est d'abord locale et cesse de croître avec la fin de l'éruption et de la réaction à la tuberculine.

Avant de terminer cette étude sur une dermatose tuberculeuse, nous croyons utile de faire un rapprochement entre les deux plus grandes infections de notre époque, entre les deux plus grandes plaies dont les manifestations occupent à elles seules les trois quarts de la pathologie.

Cette comparaison de la tuberculose avec la syphilis est permise :

a) *Par la confusion possible et fréquente de certaines lésions cutanées et viscérales ;*

b) *Par l'allure chronique des deux affections dans beaucoup de cas ;*

c) *Par la similitude de leur évolution caractérisée par des périodes latentes interrompues de manifestations ;*

d) *Par la ressemblance des propriétés de la luétine réaction et de la tuberculi-réaction ;*

e) *Par la possibilité pour les deux maladies de créer chacune une hérédité et de se transmettre par hérédité de graine et de terrain.*

On peut objecter à ce rapprochement l'absence de chancre initial dans la tuberculose. Cependant le terme de chancre d'inoculation commence à être

employé par les auteurs. De plus à cause des multiples voies de pénétration du bacille tuberculeux, il peut se faire que ce chancre siège au poumon ou à l'intestin et échappe ainsi à notre investigation.

Il paraît encore plus logique d'admettre pour le bacille tuberculeux de multiples voies d'entrée de même qu'il y a de multiples voies de sortie : excréta, crachats, transpirations, urines, et le bacille tuberculeux pénétrerait dans l'organisme par doses minimales et additionnelles, trop infimes séparément pour produire une réaction d'entrée appréciable, tandis que le virus syphilitique pénètre brutalement, en quantité d'emblée forte, par effraction.

Mise à part cette petite différence, on peut dire que les deux microbes, introduits dans l'organisme, se comportent pareillement pour créer une morbidité et une mortalité semblables qui laissent derrière elles, celles de toutes les autres infections.

On peut donc admettre, pour la tuberculose, comme pour la syphilis des périodes évolutives, des phases, dont les manifestations cutanées ne sont pas les moins importantes.

Et l'érythème noueux nous apparaît comme une manifestation cutanée de l'infection tuberculeuse.

Il serait intéressant de rechercher s'il n'en existe point d'autres.

Une conclusion pratique s'impose ici : c'est qu'il ne faut pas attendre dans la tuberculose la manifestation des lésions destructives tertiaires pour traiter le malade ; mais qu'il est nécessaire de rechercher

les lésions primaires et secondaires, d'être à l'affût des indices de tuberculisation, comme l'érythème noueux par exemple, pour traiter aussitôt le malade d'une façon rapide et sérieuse et le mettre à l'abri des redoutables accidents ultérieurs marqués par une localisation toujours très grave de l'infection.

CONCLUSIONS

1° L'érythème noueux évolue toujours sur un terrain tuberculeux (19 intra-dermo-réactions à la tuberculine positives dans 19 cas d'érythèmes noueux ; 20 intra-dermo-réactions négatives dans 38 cas de diverses dermatoses infantiles) ;

2° Dans les dermatoses en général, la tuberculine en injections intradermiques ne reproduit pas les éléments constitutifs de ces dermatoses ; mais reproduit toujours la lésion élémentaire de l'érythème noueux.

Il semble donc qu'il y ait une relation de cause à effet entre le nodule d'érythème noueux et la tuberculine ;

3° Dans l'érythème noueux, l'intra-dermo-réaction pratiquée aux différents âge de l'éruption, donne les résultats suivants :

Très forte, très intense au début, elle s'atténue peu à peu, puis elle devient faiblement positive ou négative.

4^e L'érythème noueux est un indice de tuberculisation ; il est donc utile de surveiller et de suivre les enfants qui en sont atteints.

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- GAUCHER. — Maladies de la peau (Traité de médecine Brouardel-Gilbert).
- LANDOUZY. — Érythèmes noueux et polymorphes bacillaires (Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences. Reims, 1907, p. 337).
- HILDEBRANDT. — Münch. med. Woch., février 1907, p. 311.
- UFFELMANN. — Deut. Arch. f. klin. Med., t. X. 1872, p. 454, et t. XVIII.
- VON PIRQUET. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 18 déc. 1908.
- CHAUFFARD et TROISIÈRE. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 6 mai 1907.
- Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 15 janv. 1909.
- Reprod. exp. des taches rosées lenticulaires (Soc. de Biologie, 27 mars 1909).
- Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 30 avril 1909.
- BAUMLER. — Arch. für klin. Med., t. X, 1892, p. 106.
- CARNOT. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 6 mai 1909.
- THIBIERGE. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 2 fév. 1906.
- THIBIERGE et GASTINEL. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 6 mai 1909.
- THIBIERGE et RAVAUT. — Ann. de Derm., 1899.
- MANTOUX. — Acad. des Sciences, 10 août 1908 (Presse méd.)
- PÉREL (M^{lle}). — Thèse de Paris, 1910.
- MARFAN. — Presse méd., 26 juin 1909.
- PONCET et LERICHE. — Comm. à l'Acad. de méd., 1905.
- LANDOUZY. — Congrès de la tub., 1888.
- Revue de méd., 1888.

- Revue de méd., 1891.
- Soc. méd. des Hôp., 1886, p. 169.
- Revue de méd., 1887, p. 383.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp.,
22 janvier 1909.
- HUTINEL. — Presse méd., 27 mars 1909.
- Arch. de méd., sept. 1892.
- Acad. de méd., 20 oct. 1908.
- Revue de la tub., 1895, p. 25.
- MALLEIN. — L'Érythème nouveau. Thèse de Paris, 1910.
- SÉZARY. — Soc. de Biologie, 8 juillet 1911.
- PRESSE MÉDICALE, 5 janv. 1910 (article Mantoux).
- SOREL. — Arch. méd. de Toulouse, 1^{er} juin 1909, p. 239.
- LAFFITTE. — Thèse de Toulouse, mai 1909.
- SCHMITZ. — Wien med. Blätter, 1887.
- ROCHON. — Méd. mod., 1895.
- BUISINE. — Thèse de Bordeaux, 1891-1892.
- LOISELEUR et MONZIOLS. — Soc. méd. des Hôp., 10 juin 1910.
- CEHNE. — Arch. des Heil., 1877, t. XVIII, p. 426.
- APPERT. — Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte, 1890, n° 8,
p. 258.
- FERRAND. — Thèse de Paris, 1908.
- LANDOUZY, GOUGEROT et SALIN. — Revue de méd., 1910.
- PONS. — Thèse de Lyon, 1905-1906.
- SÉZARY (A.). — Éryth. nouveau et méning. tub. (Gazette des
Hôp., 26 janv. 1912).
- GUIART. — Éryth. nouveau et syphilis (Gaz. des Hôp., 6 juin
1912).
- ALAMERTUME. — Gaz. des Hôp., 18 juin 1912.
- SCHUMANN. — Thèse de Paris, 1897.
- BARBIER et LIAN. — Soc. méd. des hôp, 7 avril 1909.
- CARNOT. — Soc. méd. des hôp, 7 avril 1909.
- LEREBOULET et FAURE BEAULIEU. — Sur les rapports qui
unissent la tuberculose à l'érythème nouveau.
- PÉHU. — Arch. de méd. des enfants, t. XI, n° 7, juillet 1912.
- LANDOUZY (L.). — Rapport à la IX^e Conf. int. contre la tub.
Bruxelles, 1910.

MONNOT (G.). — Le Purpura dans la tuberculose, 1902.

PONCET. — Comm. à l'Acad. de méd., 15 juillet 1912.

— Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris,
14 avril 1902.

— Lyon médical, 26 avril 1903 (Arch. int. de Méd., 1903).

HOFFMANN. — Étiologie et pathogénie de l'éryth. noueux
(Deutsche méd. Woch., 1904).

LANDOUZY et LÆDERICH. — Bull. Ac. de méd., 28 juillet 1908,
p. 113-127.

JOURNAL MÉD. FRANÇAIS. Débuts de la tub. pulm., 15 août
1913.

PRESSE MÉDIC. La Luétine-réaction, 17 septembre 1913.

TERSON (A.). — Lésions ocul. de l'éryth. polyn. éryth.
noureux et tub. éryth. noueux et glaucome (Bull. de
la Soc. belge d'opht., 1912, n° 33, p. 42 à 52).

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2341-13
